



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna Palomäki & Sonja Sampo

LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAI- DEN KOKEMUKSIA HERÄÄMÖN HOITO- TYÖSTÄ

Hoitotyö
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|--|
| Tekijät | Sanna Palomäki ja Sonja Sampo |
| Opinnäytetyön nimi | Lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia heräämön hoitotyöstä |
| Vuosi | 2010 |
| Kieli | Suomi |
| Sivumäärä | 46 + 4 liitettä |
| Ohjaaja | Pirjo Peltomäki |

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia heräämössä tapahtuvasta hoitotyöstä. Tutkimusongelmia olivat: toteutuu-ko intymiteettisuoja, onko potilaan kohtelu oikeudenmukaista, onko hoitoympäristö potilaan tarpeita vastaava ja huomioidaanko potilaan yksilölliset tarpeet.

Tutkimus suoritettiin kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi avoimia kysymyksiä sekä strukturoituja väittämiä. Tutkimusaineiston keruu tapahtui kirurgian vuodeosastolla ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Tutkimukseen osallistui 18 potilasta. Vastaajien ikä vaihteli 20 ikävuodesta ylöspäin. Tutkimusaineiston väittämäkohdat analysoitiin SPSS 17.0- sekä Microsoft Office Excel 2007 -ohjelmaa apuna käyttäen. Avoimista vastauksista tehtiin yhteenveto.

Tutkimustuloksien mukaan potilaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä heräämössä saamaansa hoitoon. Hoitajien ammattitaitoisuus näkyi potilaiden tyytyväisyytenä. Tuloksista ilmeni, että hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota intymiteettisuojan toteutumiseen. Suurin osa vastaajista koki heräämössä olevan rauhallinen hoitoympäristö. Yksilöllisistä tarpeista kuten kivusta, pahoinvoinnista, jännästä ja vilun ehkäisemisestä, huolehditaan heräämössä kokonaisvaltaisesti hyvin.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

| | |
|--------------------|---|
| Authors | Sanna Palomäki and Sonja Sampo |
| Title | Bariatricsurgery patients experience from recovery room nursing |
| Year | 2010 |
| Language | Finnish |
| Pages | 46 + 4 Appendices |
| Name of Supervisor | Pirjo Peltomäki |

The purpose of this bachelor's thesis is to describe the experiences of recovery room nursing among patients, who have undergone bariatric surgery. The research problems were: Is the protection of privacy sufficient, are the patients treated impartially, does the nursing environment meet the needs of the patient and are the patient's individual needs paid attention to.

The research was conducted by a questionnaire that included open ended questions and structured statements. The research material was collected on the first postoperative day in the surgical ward. The research was participated by 18 patients. All of the respondents were 20 years of age or more. The structured statements were analyzed using SPSS 17.0 and Microsoft Office Excel 2007. A summary was written of the answers to the open ended questions.

The results of the research indicate that the patients were very satisfied with their treatment in the recovery room. The nurses' professional skills were reflected in patient satisfaction. The result showed that the nurses should pay more attention to the protection of privacy in the recovery room. Most of the respondents felt that the nursing environment in the recovery room was calm and quiet. Individual needs like pain management, nausea, thirst and feeling cold were well taken care of in the recovery room.

Keywords Bariatricsurgery, recovery room, recovery room nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

LIITELUETTELO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | LIHAVUUSLEIKKAUKSET | 7 |
| 2.1 | Mahalaukun ohitusleikkaus | 8 |
| 2.2 | Mahalaukun kavennusleikkaus..... | 8 |
| 2.3 | Mahalaukun pantaleikkaus | 8 |
| 3 | LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAAN HOITOTYÖ | 9 |
| 3.1 | Lihavuusleikattujen potilaiden preoperatiivinen hoitotyö..... | 9 |
| 3.2 | Lihavuusleikkauspotilaiden intraoperatiivinen hoitotyö | 10 |
| 3.3 | Lihavuusleikattujen potilaiden postoperatiivinen hoitotyö | 11 |
| 4 | HOITOTYÖ HERÄÄMÖSSÄ | 13 |
| 4.1 | Heräämön hoitoympäristö | 13 |
| 4.2 | Fyysisistä tarpeista huolehtiminen | 14 |
| 4.3 | Henkisistä tarpeista huolehtiminen | 17 |
| 4.4 | Siirtymiskriteerit jatkohoitoyksikköön..... | 18 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA | 20 |
| | TUTKIMUSONGELMAT..... | 20 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 21 |
| 6.1 | Aineiston kerääminen | 21 |
| 6.2 | Aineiston analyysi | 22 |
| 6.3 | Tutkimusetiikka..... | 23 |

| | | |
|-----|--|----|
| 7 | TUTKIMUSTULOKSET | 24 |
| 7.1 | Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot | 24 |
| 7.2 | Potilaan intymiteettisuojaan säilyminen heräämössä | 25 |
| 7.3 | Potilaan kohtelu heräämössä | 26 |
| 7.4 | Heräämön hoitoympäristö potilaiden kokemana | 29 |
| 7.5 | Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen heräämössä | 29 |
| 7.6 | Heräämön hoidon kokemuksia | 33 |
| 8 | JOHTOPÄÄTÖKSET | 34 |
| 9 | POHDINTA | 36 |
| 9.1 | Tutkimustulosten pohdintaa | 36 |
| 9.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 40 |
| 9.3 | Jatkotutkimusaiheet | 42 |
| | LÄHTEET | 43 |

LIITELUETTELO

LIITE 1 Kyselylomake suomeksi

LIITE 2 Kyselylomake ruotsiksi

LIITE 3 Vastaajien saatekirje suomeksi

LIITE 4 Vastaajien saatekirje ruotsiksi

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksia heräämön hoitotyöstä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena erään keskussairaalan heräämölle. Tutkimusaihe rajattiin lihavuusleikkauspotilaisiin heräämössä. Aihe-ehdotus saatiin erään keskussairaalan heräämöltä. Tutkimustulosten avulla heräämön hoitohenkilökunta saa tietoa siitä, kuinka lihavuusleikkauspotilaat kokevat heräämössä tapahtuvan hoitotyön. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää myös terveysalan koulutuksissa, joissa opiskellaan perioperatiivista hoitotyötä.

Yleisesti heräämön hoitotyöstä löytyy jonkin verran aikaisempia tutkimuksia, mutta lihavuusleikkauspotilaiden heräämön hoitotyötä ei ole tutkittu. Itse lihavuusleikkauksista löytyy tutkimuksia, mutta niissä ei ole käsitelty heräämössä tapahtuvaa hoitotyötä.

Liikalihavuus tuo mukanaan monia liitännäissairauksia, joita ovat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet ja diabetes (Pääkkönen 2008, 14). Lihavuusleikkauksilla pystytään vähentämään näiden liitännäissairauksien määrää (Kaakinen 2009). Mielestämme aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä lihavuusleikkauksilla ei ole pitkää historiaustaa Suomessa. Tämän vuoksi potilaiden kokemuksia hoidosta ja erityisesti heräämöhoidosta ei ole kartoitettu. Lihavuusleikkauksien lukumäärä kasvaa koko ajan, joten on tärkeää pystyä kehittämään siihen liittyvää hoitotyötä (Airola 2008).

Keskitymme opinnäytetyössä heräämössä tapahtuvaan hoitotyöhön. Teoriaosuudessa käsitellään lihavuusleikkauspotilaan hoitotyötä kokonaisvaltaisesti. Opinäytetyössä selvitetään myös, millä kriteereillä potilas pääsee lihavuusleikkaukseen. Käsittelemme myös lyhyesti leikkausmallit, jotka ovat mahalaukun ohitus-, kavennus- ja pantaleikkaus.

2 LIHAVUUSLEIKKAUKSET

Lihavuuskirurgiaa on lähdetty kehittämään jo 1950 luvulta lähtien. Suomessa käytetyimmät lihavuusleikkausmenetelmät ovat mahalaukun ohitus, mahalaukun ka-
vennus- ja pantaleikkaukset. Vatsaelinkirurgiaan erikoistuneet kirurgit suorittavat lihavuusleikkaukset, jotka tehdään lähes poikkeuksetta tähystämällä. (Gylling, Ikonen, Koivukangas, Kumpulainen & Victorzon 2009, 45-52.)

Leikkauskriteerinä potilaan painoindeksi tulee olla >40 , jolloin kyseessä on niin sanottu sairaalloisen liikalihava. Potilaalla, jolla on liitännäissairauksia, painoindeksi tulee olla >35 , jotta he pääsevät lihavuusleikkaukseen. Liitännäissairauksia ovat esimerkiksi diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, obstruktiivinen uniapnea ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Leikkaushoidon paras tulos saavutetaan potilaan ollessa 20 - 60 vuotias. Tämän lisäksi potilaan on pystyttävä leikkauksen jälkeen noudattamaan oikeanlaista dieettiä sekä noudatettava jälkiseurantaa. (Pääkkönen 2008, 14.) On tutkittu, että lihavuusleikkauksen jälkeen diabetes on parantunut joko kokonaan tai osittain (77%). Uniapneasta parantuneiden prosentuaalinen osuus on 86, korkea kolesterolin 71% ja verenpainetaudin 62%. On myös todettu, että leikkauksen jälkeen diabeteksen sairastumisriski vähenee. (Kaakinen, 2009.)

Yhdysvalloissa lihavuusleikkauksia rekisteröitiin vuonna 2007 yli 200 000, joista 80% oli ohitusleikkauksia. Vuonna 2006 Euroopan tilastojen mukaan Belgiassa tehtiin eniten lihavuusleikkauksia asukaslukua kohden, jopa 38-kertaisesti Suomeen verrattuna. Vuonna 2008 tilastoitiin lihavuusleikkauksia Norjassa ja Tanskassa yli 2000, Ruotsissa yli 3000, ja Suomessa 400. Ohitusleikkausten määrä on kaikissa Euroopan maissa kasvanut, ja pantaleikkausten määrä on vähentynyt nopeasti. (Gylling ym. 2009, 52-53.)

2.1 Mahalaukun ohitusleikkaus

Mahalaukun ohitusleikkauksessa (gastric bypass) periaatteena on, että mahalaukua pienennetään. Mahalaukun säiliöosa pienennetään 20-50 ml:n tilavuuteen, jolloin kylläisyyden tunne tulee nopeammin. Leikkauksessa ohitetaan ohutsuolen alkuosa siten, että mahalaukku liitetään jejunumiin (tyhjäsuolet). Leikkausmenetelmällä vältetään sapen takaisinvirtaus sekä liitoskohdassa oleva jännitys vähenee. Ohutsuolen alkuosan ohittaminen ei aiheuta rasvojen imeytymishäiriötä, mutta voi vähentää ravintoaineiden imeytymistä elimistöön. Merkittävänä vaikutusmekanismina pidetään mahalaukun ohitusleikkauksessa suoliston kylläisyshormonien erittymistä. (Gylling ym. 2009, 47.)

2.2 Mahalaukun kavennusleikkaus

Mahalaukun kavennusleikkausta (sleeve gastrectomy) käytetään erityisen lihavien ihmisten ensimmäisen vaiheen leikkaushoitona painoindeksin ollessa >50 . Myöhemmässä vaiheessa voidaan lisäksi tehdä muun muassa mahalaukun ohitusleikkaus, joka edistää entisestään painon pudotusta. Mahalaukun tilavuutta kavennetaan normaalin kaarevuuden myötäisesti. Leikkauksessa poistetaan mahalaukun pohjukkaosa, joka aiheuttaa greliini-hormonin laskun ja täten ruokahalun vähenemisen. Leikkauksen tehokkuudesta ei ole vielä varmaa näyttöä, koska pitkäaikaisia tuloksia ei ole vielä saatu. (Gylling ym. 2009, 51.)

2.3 Mahalaukun pantaleikkaus

Mahalaukun pantaleikkauksen (gastric banding) tarkoituksena on pienentää mahalaukku tiimalasin muotoiseksi, jolloin nälän tunne vähenee. Tiimalasin muotoinen mahalaukku edesauttaa, ettei potilas pysty syömään yhdellä ruokailukerralla paljoa. Mahalaukun tilavuudeksi jää $\frac{1}{2}$ dl. Kulkuyhteys mahalaukun alaosaan on hyvin ahdas, n. 1cm. Sen vuoksi saadaan nopea ja pitkään kestävä täyteläisyyden tunne. (Toivainen 2010).

3 LIHAVUUSLEIKKAUSPOTILAAN HOITOTYÖ

Lihavuusleikkauspotilaan hoitotyö jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen. Preoperatiivinen hoitotyö kuvastaa ennen leikkausta olevaa hoitotyötä, intraoperatiivinen leikkauksen aikaista ja postoperatiivinen leikkauksen jälkeistä hoitotyötä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20-22.)

3.1 Lihavuusleikattujen potilaiden preoperatiivinen hoitotyö

Potilaan täytyy saavuttaa tietyt kriteerit, jotta hän pääsee lihavuuden leikkaushoittoon. Avopuolelta tulleissa läheteissä tulee ilmetä potilaan pituus, paino, BMI, mahdolliset liittämissairaudet, aikaisemmat laihdutusyritykset, mahdolliset aikaisemmat leikkaukset ja nykylläkäily. Läheteet ohjataan sisätautien poliklinikalle, missä otetaan tarvittavat laboratoriotestit ja saadaan varattua aika myös ravitsemusterapeutille. Ravitsemusterapeutti kartoittaa potilaan syömistottumuksia. Potilaiden on syytä toteuttaa niukkaenergistä dieettiä ennen leikkausta mahdollisen rasvamaksan vuoksi. Jo muutamankin kilon pudotus helpottaa leikkausta huomattavasti. Potilaalle tehdään kirurgian poliklinikalla vielä gastroskopia ja helicobakteeritesti sekä valitaan tuleva leikkausmenetelmä. (Victorzon, Lahti & Knutar, 2010.)

Kaikki potilaat tulevat LEIKO:n kautta leikkaukseen (Victorzon ym. 2010). LEIKO on uusi toimintamalli, joka tarkoittaa, että potilaat tulevat leikkausamuna suoraan preoperatiiviselle poliklinikalle eivätkä mene vanhaan tapaan leikkausta edeltävänä päivänä vuodeosastolle. Valmistautuminen leikkaukseen tapahtuu kokonaan esikäynnillä saatujen ohjeiden mukaan. Hoitaja soittaa potilaalle preoperatiiviselta poliklinikalta leikkausta edeltävänä arkipäivänä. Hoitaja kertoo potilaalle leikkaukseen valmistautumisohjeet, leikkauspäivän lääkehoidon ja kertoo tuloajan sairaalaan. (Käkelä 2010.)

Päivää ennen leikkausta saa syödä normaalisti, mutta klo 24.00:n jälkeen tulee olla ravinnotta. Ihokarvat tulee poistaa leikkausalueelta, napa puhdistaa ja suoli tyhjentää peräruiskeella. Peseytyminen täytyy tehdä erityisen tarkasti ja mahdollinen kynsilakka on poistettava. Leikkaukseen mentäessä puetaan päälle leikkaus-

vaatteet, jotka käsittävät avopaidan, leikkaushousut ja antiemboliasukat eli tukisukat. Korut ja hammasproteesit on poistettava leikkaukseen mentäessä. (Sundkvist 2008.)

3.2 Lihavuusleikkauspotilaiden intraoperatiivinen hoitotyö

Potilas on esilääkitty anestesiaalääkärin määräysten mukaan. Potilas siirtyy itse leikkaustasolle, jolloin häntä aletaan valmistella leikkausta varten. Valvontavälineistä potilaalle laitetaan ekg-seuranta, arteriaverenpaineen mittaus, saturaatiomittari, unensyvyyyden mittari ja relaksaatiomittari. Potilaalla on antiemboliasukat jo saliin tultaessa, mutta näiden päälle asetetaan vielä koneelliset laskimopumppumansetit. Laskimopumppumansetit tehostavat laskimoveren paluuta sydämeen, ehkäisten tällöin laskimotrombien syntyä. (Collan & Vänskä 2008, 18–19.)

Potilaan nukahdettua laitetaan kestopatentti ja nenämahaletku, jolla imetään maha tyhjäksi. Tuntidiureesin tavoite on 0,5ml/painokilo, mutta yleensä leikkauksen aikana virtsan erityis on niukempaa, mutta vilkastuu leikkauksen jälkeen. Ylines- teytystä pyritään välttämään, jottei syntyisi turvotuksia, jotka haittaisivat leikkaus- saumojen paranemista. (Collan & Vänskä 2008, 19.)

Leikkausasento on selkäasento, johon potilas asetetaan kun hänet on nukutettu. Selkäasennossa potilas makaa selällään. Potilaan jalat ovat haara-asennossa, jalat loivasti taivutettuina koholle lonkista ja polvista jalkatelineillä. Leikkaava lääkäri työskentelee potilaan jalkojen välissä, assistentti on kamerasta katsottuna potilaan oikealla puolella ja instrumentoiva hoitaja potilaan vasemmalla puolella. (Collan & Vänskä 2008, 19.) Hyvällä leikkausasennolla varmistetaan potilaan turvallisuus ja luodaan kirurgille helposti tavoitettava ja hyvin näkyvä leikkausalue sekä anes- tesiaryhmälle mahdollisuus huomioida potilasta ja hoitaa anestesiaa. Asennon laittamisessa tulee huomioida potilaan kehon rakenne, sairaudet, anomaliat ja lii- kerajoitukset. Huonosta leikkausasennosta voi seurata potilaalle painaumuksia ja hermovaurioita. Hermovammat syntyvät ensisijaisesti suoraan hermoon kohdistu- vasta venytyksestä. Puristus samanaikaisesti edesauttaa jo venyttyneen hermon vammautumista. Verenvirtauksen väheneminen alueella, johon kohdistuu painet-

ta, aiheuttaa iskemiaa anestesian aikana, mikä edistää myös vammautumisriskiä. (Lukkari ym. 2007, 279–282.)

3.3 Lihavuusleikattujen potilaiden postoperatiivinen hoitotyö

Tavoitteena on aloittaa mobilisointi jo heräämössä ollessa, koska varhain aloitettu mobilisointi nopeuttaa leikkauksesta toipumista. Potilas avustetaan istumaan sängynlaidalle ja mahdollisesti myös kävelemään jo kahden tunnin kuluttua leikkauksesta. Liikkumisen jälkeen potilaat saavat alkaa juoda nesteitä. (Victorzon ym. 2010.) Jollei mobilisointi ole vielä mahdollista heräämössä, aloitetaan se ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, koska liikkuminen edesauttaa toipumista (Sundkvist 2008) ja on paras ennaltaehkäisy veritulppien syntyyn (McGlinch, Que, Nelson, Wroblewski, Grant & Collazo-Clavell 2006).

Oikeassa olkapäässä saattaa tuntua selittämätöntä kipua, mikä johtuu leikkauksen aikana käytetystä ilmasta. Ilma aiheuttaa palleaärsytystä, joka siten säteilee mahdollisesti oikeaan olkapäähän. Potilas siirtyy heräämöstä kirurgiselle osastolle, kun hänen tilansa on stabiili. Osastolla seurataan säännöllisesti potilaan verenpainetta, pulssia ja kipua sekä leikkaushaavoja. (Sundkvist 2008.)

Leikkauksen myötä ruokavalio muuttuu radikaalisti. Ensimmäisinä päivinä leikkauksen jälkeen tulee nauttia helposti sulavia ruokia sekä jaottaa syöminen viiteen ateriaan vuorokautta kohden. Ruoan syömiseen täytyy antaa aikaa. Ennen sairaalasta lähtöä potilas tapaa ravitsemusterapeutin, joka neuvoo uuden ruokavalion suhteen. Jos potilas sairastaa diabetesta, tapaa hän myös diabeteshoitajan sairaalassa oloaikana. (Sundkvist 2008.)

Mahalaukun ohitusleikkauksessa B12-vitamiinien imeytyminen vähenee. Potilaisista jopa 2/3:lla on alentunut B12-vitamiinien pitoisuus. Tällöin heille aloitetaan korvaushoito joko suun kautta lääkkeillä tai injektiona. Raudan puutosta on myös havaittu erityisesti hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. (Gylling ym. 2009, 99–100.)

Kotiutuminen tapahtuu yleensä 2–3 päivän jälkeen leikkauksesta. Kotiutuksen yhteydessä potilaalle määrätään reseptit vitamiinivalmisteisiin, koska pienet ruo-

ka-annokset ja laihtuminen johtavat hivenaine- ja vitamiinipuutoksiin. Ensimmäinen jälkikontrolli tapahtuu kirurgian poliklinikalla kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta ja seuraavat kontrollit vuoden ja kahden vuoden kuluttua leikkauksesta endokrinologisella poliklinikalla. Näillä käynneillä kontrolloidaan painossa tapahtuvat muutokset, liitännäissairauksien tila sekä otetaan tarvittavat laboratorionäytteet. (Sundkvist 2008.)

4 HOITOTYÖ HERÄÄMÖSSÄ

Heräämö on jälkivalvontayksikkö, johon potilas viedään leikkauksen jälkeen. Heräämön tulee sijaita leikkaussalin lähellä, jotta hoidon jatkuvuus ja joustavuus korostuisi postoperatiivisessa hoidossa. Pääsääntöisesti heräämössä työskentelee sairaanhoitajia. Anestesiaalääkärit käyvät säännöllisesti katsomassa potilaitaan. Sairaanhoitaja voi myös konsultoida tarvittaessa anestesiaalääkärää hätätilanteissa, jolloin heidän on oltava välittömästi saatavilla. (Lukkari ym. 2007, 360–363.)

Potilaan tilaa arvioidaan postoperatiivisessa hoitovaiheessa ja vertaillaan preoperatiiviseen vointiin. Tavoitteena heräämössä on saada elintoiminnot vakaalle tasolle. Potilasta tarkkaillaan jatkuvasti, mutta vähintään 15 minuutin välein potilaan mittaustulokset kirjataan anestesiakaavakkeeseen. Tarkkailtavia asioita ovat hengitys ja verenkierto, tajunnantaso, pahoinvointi, lämpö- ja nestetasapainon huomioiminen, lihasvoiman palautuminen, leikkausalueen seuranta ja kivun arviointi. Leikkauspotilaat kokevat kivun yksilöllisesti. Tarkoituksena on, että sairaanhoitaja ennakoi potilaan kiputiloja ja lääkitsee niitä anestesiaalääkärin ohjeiden mukaisesti. (Lukkari ym. 2007, 364–371.)

4.1 Heräämön hoitoympäristö

Heräämön hoitoympäristö pitäisi pyrkiä rauhoittamaan liiasta hälinästä. Valaisuksen tulisi olla hillitty, mutta heräämöstä on myös löydettävä kohdevalaisimia mahdollisten toimenpiteiden vuoksi. Nukutettujen potilaiden uloshengityksessä on mukana anestesiakaasuja, jonka vuoksi ilmanvaihdon tulee olla riittävää, ettei hoitohenkilökunta altistu anestesiakaasuille. Lämpötilan suositellaan olevan heräämössä 20-24 -asteista ja ilmankosteuden 40 prosenttia, koska potilaiden on helpompi hengittää kosteampaa ilmaa. Potilaspaikkojen välissä tulee olla suoja-verhot, jotta pystytään säilyttämään intymiteettisuoja. (Lukkari ym. 2007, 361.)

Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian osastolla suoritetun tutkimuksen mukaan yli puolet (60%) potilaista kokee häiritsevinä äänet, jotka syntyvät toisen potilaan hoitamisesta (Rosqvist & Rosqvist 1999, 67). Loposen, Materon ja Seljänperän

(1999, 14–15) potilas tyytyväisyyskysely osoitti, että osa potilaista koki hoitoympäristön meluisaksi ja ahtaaksi, mutta olo siellä ollessa oli kuitenkin turvallinen.

Heräämön potilaspaikoilta pitää löytyä tietyt laitteet, joilla tarkkaillaan potilaan tilaa. Näitä laitteita ovat pulssioksimetri, verenpainemittari ja ekg-monitori. Lisäksi potilaspaikalla tulee olla hapenantovälineistö ja imuyksikkö. Potilasvuoteessa pitää olla mahdollisuus saada se trendelenburgin asentoon. Vuoteessa pitää olla myös jarrut, alas laskettavat sekä irrotettavat laidat ja nesteinfuusioteline. Heräämöstä täytyy löytyä myös hengityspalje happiliitoksineen, joka on mahdollista yhdistää happimaskiin tai intubaatioputkeen. Paineella tapahtuvan nesteensiirtovälineet tulee myös löytyä heräämöstä. Heräämössä kuuluu olla elvytyskärry, joka sisältää elvytyksessä käytettävät lääkkeet, defibrilaattorin ja intubaatiövälineet. (Jalonen, Lindgren & Aromaa 2006, 53–54.)

4.2 Fyysisistä tarpeista huolehtiminen

Silmämääräisesti potilaalta tarkkaillaan hengitystiheyttä, hengityksen luonnetta, hengitysrytmiä sekä ihon ja limakalvojen väriä. Hengityksen syvyyteen kiinnitetään myös huomiota: onko hengitys pinnallista, syvää vai normaalia. Leikkauksen jälkeen heräämössä potilaalle laitetaan happiviikset tai -maski sekä pulssioksimetri. Pulssioksimetrin avulla saadaan selville verenkierron happisaturaatio. Hengitysteiden eritteet tulee tarvittaessa poistaa, joko ohjaamalla potilasta yskimään tai limaimulla. Hengitystä helpottavaa asentohoitoa voidaan käyttää kivun, anestesiamenetelmän ja leikkauksen sallimissa rajoissa. (Lukkari ym. 2007, 366.)

Lääkinnällisellä kivunhoidolla pystytään helpottamaan hengitystä. Hyvä vaihtoehto on epiduraalinen puudute tai opioidi, koska sillä saavutetaan hyvä kivunhoito eivätkä ne lamaa hengitystä. Intramuskulaarisesti tai intravenoosisti annettavat opiaatit aiheuttavat suurina annoksina hengityslamaa ja uneliaisuutta. Kirurginen toiminta ylipainoisilla ihmisillä vaikuttaa heikentävästi keuhkojen toimintaan noin viiden vuorokauden ajan. Keuhkokomplikaatioiden estämiseksi postoperatiivisessä vaiheessa potilaan sängyn pääpuoli tulee olla kohotettuna; heräämössä on hyvä olla mahdollisuus aloittaa CPAP tai BiPAP hoito, jos se on tarpeen. (Hekkala & Alahuhtala, 2006, 289.)

Verenkiertoa tarkkaillaan EKG:n eli sydänsähkökäyrän avulla. Sen avulla seurataan sydämen sykettä ja sen laatua sekä kiinnitetään huomiota sinusrytmiin ja rytmihäiriöiden esiintymiseen. Sykkeen säännöllisyyteen kiinnitetään myös huomiota ja tarvittaessa tunnustellaan pulssi valtimoista. Verenpainearvoja seurataan, jotta havaitaan onko potilaalla hyper- tai hypotensiota. (Lukkari ym. 2007, 366.)

Nukutuksesta toipuminen vie aikaa yksilöstä riippuen. Keskustelemalla ja kysymyksiä esittämällä saadaan selville potilaan tajunnan taso. On huomioitava, onko potilas orientoitunut aikaan ja paikkaan, vai onko hän unelias ja vaikeasti heräteltävissä. Heräämön henkilökunnan ammattitaitoon kuuluu osata havainnoida tokkuraisuuden sekä sekavuuden syitä. Tokkuraisuutta tai sekavuutta voi aiheuttaa esimerkiksi hypoksia, hypoglykemia, potilaan taustatekijät tai anestesia- ja lääkkeiden vaikutus. Nukutuksen jälkeen saattaa esiintyä kouristeluita ja kasvoissa tai raajoissa olevaa nykimistä, joihin tulee kiinnittää huomiota. (Lukkari ym. 2007, 366.)

Kivunhoidossa työote on ennaltaehkäisevää, jolloin vältetään kipupiikin syntyä. Kivun kokeminen on yksilöllistä, tällöin tulee kiinnittää huomiota potilaan kivun ilmaisemiseen, käyttäytymiseen ja kivun hoidon vaikuttavuuteen. (Lukkari ym. 2007, 366–371.) On hyvä kertoa potilaalle kipua arvioitaessa, mikä on ”normaalia” leikkauksen jälkeistä kipua. Kivun luonne, paikka ja voimakkuus antavat viitteitä leikkauksen jälkeisestä ongelmasta. Sen perusteella voidaan arvioida, onko kipu merkki mahdollisesta leikkauskomplikaatiosta. (Collan & Vänskä 2008, 20.) Oulun yliopistollisen sairaalan heräämössä suoritetun potilastyytyväisyyskyselyn mukaan potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon (Loponen ym. 1999, 14–15). Salanterän ja Heikkisen (2006, 32) tutkimus on kuitenkin osoittanut, että jopa 80%:lla potilaista esiintyy leikkauksen jälkeistä kipua kipulääkityksestä huolimatta. Kipu on merkittävä kliininen ongelma. Se aiheuttaa fysiologisia muutoksia, jotka lisäävät mahdollisten komplikaatioiden määrää. Kipu pitkittää ja estää potilaan kuntoutumista. Potilaan pitkittynyt sairaalassaolo aiheuttaa myös lisäkustannuksia.

Kipua kysyttäessä on hyvä käyttää kipumittareita apuvälineenä. Kipumittareita on esimerkiksi numeerinen arvio asteikolla 1-10, kuva-asteikko tai kipujana. Tavoitteena on, että levossa kivun määrä on lievää. Kivunhoito toteutuu anestesiaalääkärin määräysten mukaisesti. Kivunhoitoa voi myös toteuttaa ei-lääketieteellisin menetelmin muun muassa asentohoidolla, psyykkisellä tukemisella, kylmähoidolla ja rentoutuksella. (Lukkari ym. 2007, 366–371.)

Leikkausalueen postoperatiiviseen tarkkailuun kuuluu kudosturvotuksen ja haavakivun seuranta sekä verenvuodon määrän, laadun ja värin arviointi. Potilaalta tulee kysyä millaisia tuntemuksia leikkaushaavalla esiintyy, onko kutinaa, kireyttä tai venytystä. (Lukkari ym. 2007, 367.) Leikkausaluetta tarkkailtaessa potilaan obesiteetti eli liikalihavuus vaikeuttaa havainnointia (Collan & Vänskä 2008, 20). Mahalaukun ohitusleikkauspotilaista 2,2 %:lla esiintyy verenvuotoa komplikaationa, kun suolistosaumat pettävät (Gylling ym. 2009, 93).

Melko tavallista on, että potilaalla esiintyy pahoinvointia postoperatiivisessa vaiheessa. Pahoinvoinnin riski kasvaa leikkauksissa, joissa on pitkä nukutusaika tai on käytetty laajaa puudutusta. Vatsaan ja suoliston alueelle kohdistuvat toimenpiteet ovat luonnollisesti syy pahoinvoinnille. Heräämöhoitotyössä pyritään ennalta ehkäisemään pahoinvoinnin syntyä lääkevalmistein sekä lisähapen avulla. (Lukkari ym. 2007, 375.)

Lämpötasapainosta huolehtiminen on tärkeää, sillä se estää hypotermian synnyn. Potilas tulee pitää lämpiminä. Tarvittaessa heille laitetaan lämpöpeitto hypotermian estämiseksi. Hypotermian syntymisen riskiä voidaan myös vähentää käyttämällä lämmitettyjä infuusionesteitä. (Lukkari ym. 2007, 367.) Hypotermian on tutkittu pidentävän potilaan heräämöhoidoaikaa sekä aiheuttavan hänelle muun muassa hyytymistekijämuutoksia ja kudosperfuusion heikkenemistä. Kudosperfuusion heikkeneminen on riskitekijä haavainfektiolle. (Lukkarinen & Virsiheimo 2006, 19.)

Potilaalle määrättyjä ohjeita tulee noudattaa myös nestetasapainon seurannan kanssa. Janon tunnetta ja suun limakalvojen kuivumista esiintyy normaalisti potilailla. Suuta voi kostuttaa mahdollisesti keinosyljen avulla ellei potilas pysty juo-

maan vielä pientä nestemäärää. Eritteiden ja virtsan määrää tulee arvioida ja kirjata ylös: kuinka paljon virtsaa tai eritettä on kertynyt ja jollei se ole normaalia, on siitä myös mainittava. (Lukkari ym. 2007, 367.)

4.3 Henkisistä tarpeista huolehtiminen

Heräämössä muodostetaan ensimmäisen kerran postoperatiivisessa vaiheessa hoitosuhde potilaan kanssa. Hoitosuhde tarkoittaa vuorovaikutussuhdetta, joka muodostuu hoitajan ja potilaan välille samoin peruselementein kuin muissakin ihmissuhteissa. Potilaan ja hoitajan yhteistyö on keskeinen tekijä potilaan terveyden edistämisen kannalta. Vuorovaikutussuhteessa hoitajan tulee olla aito ja vilpitön ja hänen tulee kohdata potilaat yksilöinä. Avoimuus ja luottamus ovat hoitosuhteen edellytys, tällöin vaaditaan taitoa kuunnella, ymmärtää ja hyväksyä erilaisuutta ja kritiikkiä. Suurin osa kommunikaatiosta muodostuu sanattomasta viestinnästä, joka tulee huomioida hoitotyössä. Hoitajan kehonkieli välittää potilaalle sen, kuinka aidosti hoitaja on läsnä. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 14–18.)

Potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa ja asiallista kohtelua siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Potilaalla on oikeus saada hoitoa omalla äidinkielellään, ottaen huomioon hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurillisen taustansa. Potilaalla täytyy olla mahdollisuus tulkin käyttöön, jos siihen on tarvetta. (L785/1992.)

Tuhkanen kirjoittaa (2006, 21), että intymiteettisuojan ja yksityisyyden tunne saatetaan kokea puutteelliseksi etenkin useamman hengen potilashuoneessa. Väliverhojen tavoitteena on luoda turvallisuuden tunnetta, mahdollistaa yksityisyyden, autonomian ja identiteetin säilyminen. Väliverhot toimivat myös rajoina omalle alueelle sairaalassaoloaikana. Valtaosa potilaista pitää haitallisena monen hengen potilashuoneita, sillä muut potilaat kuulevat henkilökunnan keskustelujen ja kierrosten yhteydessä heitä koskevia asioita.

Rosqvistien tutkimuksessa (1999, 50–62) käsitellään yksityisyyden säilyvyyttä sairaalassa. Tutkimuksessa ilmenee, että naiset pitävät tärkeämpänä yksityisyyden säilymistä kuin miehet. Suurin osa potilaista haluaa myös, että hoitajat esittelevät

itsensä potilaalle, mutta vastaajien mukaan vain kolmannes (36%) esitteli itsensä. Tutkimukseen osallistuneet perustelivat, että esittäytyminen tuo läheisyyttä, antaa välittävän vaikutelman ja tasa-arvoisen hoitosuhteen. Lähes kaikki (98%) potilaisista haluavat, että heille kerrotaisiin ennen toimenpidettä, mitä aiotaan tehdä ja valtaosalle oli kerrottu aina (71%) tai melko usein (26%). Tutkimus osoitti, että potilaat olivat kokeneet loukkaavaksi, jos näkösuojan käyttö oli puutteellista hoito-toimenpiteiden yhteydessä.

4.4 Siirtymiskriteerit jatkohoitoyksikköön

Heräämöhoidon kesto riippuu potilaan voinnista. Kun potilaan elintoiminnot ovat vakaat, voidaan hänet siirtää jatkohoitoyksikköön. Siirron edellytyksenä on, että potilas on tajuissaan, pystyy itse pitämään hengitystiet avoimina, hengitys ja hape-tus ovat tyydyttäviä, verenkierron ja sydämen toiminta ovat vakaat ja riittävät ja kivunlievitys on hallinnassa. (Lukkari ym. 2007, 382.)

Kokkosen (2005, 21) tutkimuksessa käsitellään leikkauspotilaan siirtoa heräämös-tä vuodeosastolle. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 96 %:ssa keskus- ja yliopistosai-raaloista ei ole käytössä leikkauspotilaan siirtokriteereitä heräämöstä vuodeosas-tolle. 72 % vastaajista ilmoitti, että anestesia lääkäri päättää, milloin potilas siirtyy vuodeosastolle, ja jopa 28 % sairaanhoitajista itse päättää, milloin leikkauspotilas on siirtokuntoinen vuodeosastolle.

Lihavuusleikatun potilaan heräämössä vietetty aika on lyhentynyt paljon Suomes-sa sen jälkeen, kun leikkaava sairaala on saanut kokemusta kyseisen potilasryh-män kirurgisesta hoidosta. Alussa potilaat viettivät tehostetussa seurannassa 2-24h, mutta keskimäärin 100 leikatun potilaan jälkeen tehostetun seurannan tarve oli vakiintunut noin 6 tuntiin. (Kumpulainen, Anttila, Mustajoki, Victorzon, Saari, Malmivaara & Ikonen 2009, 2276.)

Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri Ruohoaho (2008, 17–18) kirjoittaa, että ulkomaalaisaineistoissa laihdutusleikkauksen jälkivalvonta tapahtuu 96-97% heräämössä ja suoraan leikkaussalista tehohoitoon sijoittui 3-4 %, jolloin hoidon kesto oli 0,5-1,5 päivää. Syinä tehohoidolle olivat vaikea perussairaus, pitkittynyt

leikkausaika ja intraoperatiivinen hemoperitoneum. Kirurgian kesto oli suoraan yhteydessä jälkivalvonnan pituuteen ja ongelmiin sen aikana. Lihavuusleikkausepotilaat, jotka sairastavat uniapneaa, ovat valvonnassa heräämössä keskimäärin 3h pidempään kuin ne lihavuusleikatut, joilla ei ole uniapneaa (Cooper 2009). Ylipaino on alkoholin ohella suurin uniapneaan johtava riskitekijä. Jopa 2/3 uniapneaa sairastavista on ylipainoisia. (Uniapnea, Hengityслиitto.)

Heräämön hoitohenkilökunta tiedottaa kirurgian vuodeosaston vastaanottavalle sairaanhoitajalle perioperatiivisesta hoidosta ja erityisesti heräämössä tapahtuneesta toipumisesta. Hoitovastuun siirtyminen jatkohoidon osastolle vahvistetaan nimikirjoituksella. (Lukkari ym. 2007, 382.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA

TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksessa on tarkoitus kuvailla lihavuusleikattujen potilaiden kokemuksia erään keskussairaalan heräämön hoitotyöstä. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ammattitaitoa siten, että he tiedostavat, millaiseksi potilaat kokevat heräämössä oloajan. Tavoitteena on kehittää heräämön hoitotyötä lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää myös terveysalan koulutuksissa, joissa opiskellaan perioperatiivista hoitotyötä. Tutkimusongelmat, joihin kiinnitetään erityisesti huomiota opinnäytetyössä, liittyvät potilaan henkisiin ja fyysisiin kokemuksiin.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Miten intymiteettisuoja toteutuu heräämön hoitotyössä?
2. Onko potilaan kohtelu heräämössä oikeudenmukaista?
3. Onko heräämön hoitoympäristö potilaan tarpeita vastaava?
4. Huomioidaanko heräämössä potilaan yksilölliset tarpeet?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat lihavuusleikatut potilaat eräässä keskussairaalassa. Tutkimukseen osallistui 18 lihavuusleikkauksessa ollutta potilasta.

6.1 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin keväällä 2010 kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä strukturoituja väittämiä että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake on raportin liitteenä suomeksi (LIITE 1) ja ruotsiksi (LIITE 2). Strukturoiduissa väittämissä asteikkona käytettiin viittä eri vaihtoehtoa: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, en osaa sanoa, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 193–198) mukaan strukturoiduilla kysymyksillä tarkoitetaan sitä että on kysymyksiä, joihin vastaaja voi valita annetuista ilmauksista sopivimman vaihtoehdon. Avoimiin kysymyksiin vastaaja voi kirjoittaa vastauksensa siihen tarkoitettuun kohtaan.

Kyselylomakkeet esiteltiin kahdella terveysalan ammattilaisella sekä kolmella maallikolla. Esitestauksen jälkeen osa kysymyksistä muutettiin selkeämpään muotoon. Ammattitermistö muutettiin selkokielelle. Kyselylomakkeet lähetettiin esitettäväksi myös heräämöhön, jolle tutkimus suoritettiin. Osastolta ei tullut kehitys- tai korjausehdotuksia lomakkeeseen.

Kyselylomakkeessa kysymykset 1-4 ovat esitietokysymyksiä. Strukturoiduista väittämistä kohdat 1 ja 2 käsittelevät intymiteettisuojan toteutumista. Avoimet kysymykset 5, 7, 9, 10 ja 13, sekä strukturoiduista väittämistä 3-8 liittyivät potilaan kokemaan kohteluun heräämössä. Avoin kysymys 8 sekä strukturoidut väittämät 9-11 käsittelevät heräämön hoitoympäristöä. Avoin kysymys 11 sekä väittämät 12-20 liittyivät potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen. Vastaajalla oli mahdollisuus antaa kehitysehdotus heräämölle avoimessa kysymyksessä 12, ja kysymyksessä 14 potilaat ovat saaneet antaa keskiarvon kokemastaan hoidosta heräämössä.

Ennen aineiston keräämisen aloitusta sovittiin Leiko-vastaavan sairaanhoitajan kanssa, että hän kertoo leikkaukseen tuleville potilaille, alustavasti tutkimuksesta preoperatiivisella käynnillä.

Tutkimuslupa-anomus vietiin erääseen keskussairaalaan 31.3.2010. Tutkimuslupa myönnettiin 19.4.2010. Aineiston kerääminen suoritettiin kirurgian vuodeosastolla. Kyselylomakkeita vietiin 20 kpl (sekä suomenkielisiä että ruotsinkielisiä) 26.4.2010. Kyselylomakkeiden yhteydessä osastolle vietiin myös suljettu vastauslaatikko. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui suunnitellusti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Osaston henkilökunta antoi kyselylomakkeen potilaalle, jos hän oli halukas vastaamaan tutkimukseen. Tutkimus suoritettiin nimettömänä ja palautettiin suljettuun vastauslaatikkoon. Tutkimusaineiston keräämisen puolesta välissä käytiin osastolla, varmistamassa, että tutkimusaineistoa oli kerääntynyt. Aineiston kerääminen päättyi 31.5.2010, minkä jälkeen alettiin tehdä aineiston analyysiä.

6.2 Aineiston analyysi

Kvantitatiivinen tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 17.0 -ohjelmaa apuna käyttäen. Kyselylomakkeen strukturoidussa osiossa annoimme väittämien vastausvaihtoehtoille arvot. Arvot syötettiin SPSS 17.0 -ohjelmaan, saatujen vastauksien mukaisesti. Ohjelman avulla pystyttiin analysoimaan aineistosta frekvenssi- ja prosenttijakaumia ja keskiarvo, sekä luomaan analyysiosuuden kuvat. Taulukoiden tekemisen apuvälineenä käytettiin myös Microsoft Office Excel 2007 -ohjelmaa.

Tutkimuksen avoimien kysymysten vastaukset oli tarkoitus analysoida sisällönanalyysillä, mutta saatu aineisto oli niukkaa. Vastaukset katsottiin parhaaksi analysoida yhteenvetona. Ensimmäiseksi luettiin avoimen kysymyksen vastaukset, minkä jälkeen poimimme saadut vastaukset paperille. Tämän jälkeen laskimme, kuinka moni vastasi samalla tavalla tai vastaavanlaisesti, minkä jälkeen vastauksille tehtiin yhteenveto. Jokaisen avoimen kysymyksen kanssa toimittiin samalla tavalla.

6.3 Tutkimusetiikka

Tutkimuslupaa haettiin tutkimuksen suorittamista varten erään keskussairaalan ylihoitajalta. Ensin ajatuksena oli kerätä aineistoa haastattelemalla lihavuusleikkauspotilaita. Esteeksi kuitenkin nousi potilaiden anonymiteettisuoja, koska tällöin olisimme tavanneet haastatteluun osallistuneet. Kyselylomakkeen avulla vastaajan anonymiteettisuoja säilyy, sillä opinnäytetyötä tekevät eivät tavanneet potilaita eivätkä saaneet missään vaiheessa heidän henkilötietojaan. Tutkimukseen pystyy osallistumaan enemmän henkilöitä, kun tutkimus suoritetaan kyselylomakkeen avulla (Hirsijärvi ym. 2009, 195).

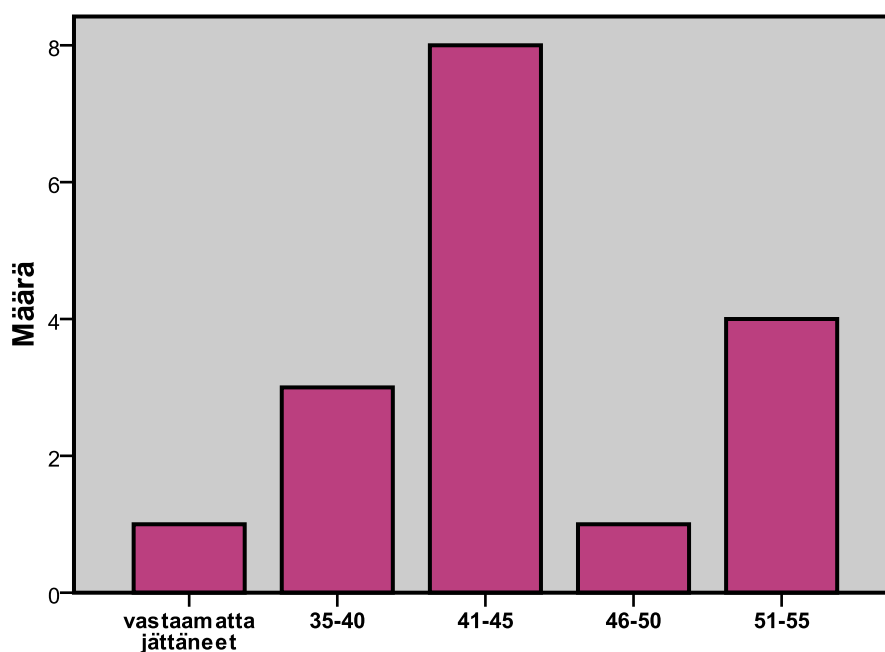
Kyselylomakkeen yhteydessä lihavuusleikkauspotilaille annettiin saatekirje tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä anonymiteetin säilymisestä. Saatekirjeessä tuotiin myös esille, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Saatekirje on raportin liitteenä suomeksi (LIITE 3) ja ruotsiksi (LIITE 4).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Vastaajia oli yhteensä 18, joista naisia oli 15 ja miehiä kaksi. Esitietoihin liittyviin kysymyksiin jätti vastaamatta yksi henkilö.

Vastaajien ikä (n=17) vaihteli 20 ikävuodesta ylöspäin. Eniten leikkauksia tehtiin 41-60 -vuotiaille. Vastaajilta kysyttiin heidän painoindeksiään ennen leikkausta. Kahdeksan vastaajaa (n=16) kuului painoindeksiryhmään 41-45. Toiseksi eniten vastaajista kuului painoindeksiryhmään 51-55 ja kolmanneksi eniten 35-40. Yksi vastaaja kuului ryhmään 46-50 ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuva 1.)



Kuva 1. Painoindeksi ennen leikkausta

Kyselyssä selvitettiin avoimella kysymyksellä, mitä liitännäissairauksia vastaajilla on aikaisemmin todettu. Liitännäissairaudet, joita lihavuusleikkauspotilailla esiintyi eniten, olivat verenpainetauti ja diabetes. Kaksi kyselyyn osallistuneista vastasi, ettei heillä ole liitännäissairauksia. Vastaajista yhdeksällä (n=16) oli useampi kuin yksi liitännäissairaus. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Lihavuusleikkauspotilaiden liitännäissairaudet (n=16) sekä % -osuus

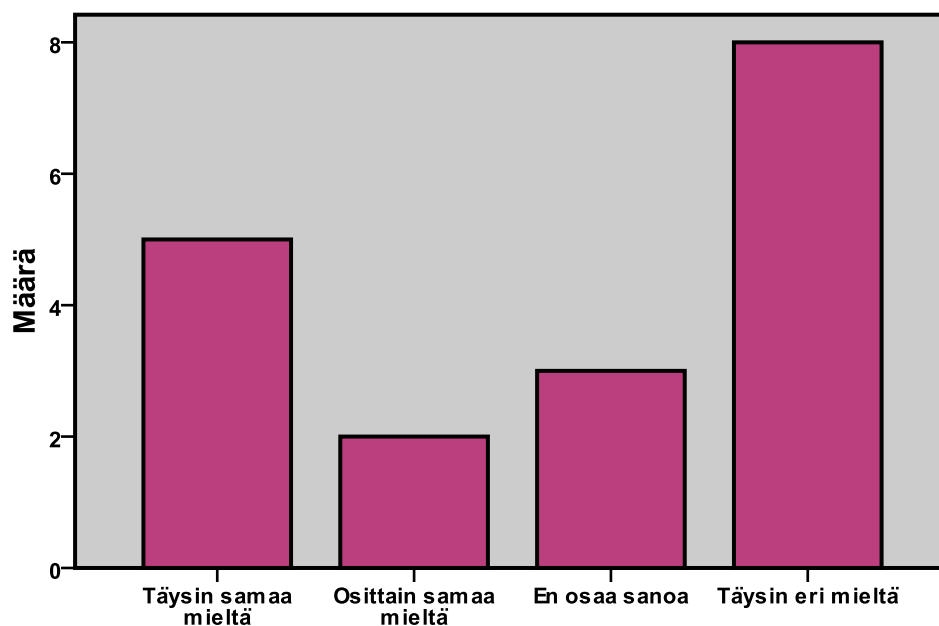
| Liitännäissairaudet | Määrä | % |
|--------------------------------|--------------|----------|
| Verenpainetauti | 12 | 75 |
| Diabetes | 10 | 63 |
| Korkea kolesteroli | 2 | 13 |
| Artroosi | 2 | 13 |
| Tukielinsairaudet | 1 | 6 |
| Uniapnea | 1 | 6 |
| Ei liitännäissairauksia | 2 | 13 |

7.2 Potilaan intymiteettisuojan säilyminen heräämössä

Kyselylomake sisälsi kaksi väittämäkohtaa, jotka liittyivät intymiteettisuojan säilymiseen heräämöhoidon aikana.

Sivuverhojen riittävää käyttöä heräämössä selvitettiin väittämän avulla. Vastaajista 12 oli täysin samaa mieltä (n=16) siitä, että sivuverhoja käytettiin riittävästi tuomaan yksityisyyden tunnetta. Neljä vastaajaa oli osittain samaa mieltä, kaksi kyselyyn osallistuneista jätti vastaamatta väittämäkohtaan.

Seuraavalla väittämällä haluttiin selvittää, olivatko hoitajat puhutelleet kovaäänisesti vastaajia nimellä. Kahdeksan vastaajan mielestä (n=18) hoitajien äänen käyttö ei ollut liian voimakasta. Viisi vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oli kaksi vastaajaa siitä, että hoitajat olivat puhutelleet heitä nimellä kovaan ääneen. (Kuva 2.)



Kuva 2. Hoitajat puhuttelivat potilaita kovaan ääneen heidän nimellään

7.3 Potilaan kohtelu heräämössä

Kyselylomakkeen viidessä väittämäkohdassa sekä neljässä avoimessa kysymyksessä kartoitettiin potilaan kokemuksia siitä, kuinka heräämön hoitohenkilökunta heitä kohteli.

Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin, saivatko potilaat riittävästi tietoa siitä, miten heitä tullaan hoitamaan heräämössä ja millaista tietoa heille annettiin. Kysymykseen vastasi 17 potilasta. Vastanneista 14 oli saanut tietoa heräämössä tapahtuvasta hoidosta ennakkoon. Heistä kahdeksan tarkensi vastauksissaan millaista seuranta heräämössä toteutettiin. Heille oli kerrottu muun muassa, kauanko heräämössä vietetään aikaa, ja mitä asioita heistä siellä tarkkaillaan.

”Koko ajan kerrottiin, mitä tehtiin.”

”Siellä ollaan noin 5-6 tuntia.”

”Mitataan määrääjain kaikkia elintoimintoja.”

Vastaajista kolme oli sitä mieltä, ettei heitä oltu informoitu tulevasta heräämöhoidojasta mitenkään.

Vastaajilta kysyttiin, tuntuiko heistä siltä, että hoitohenkilökunta kuunteli heidän tarpeitaan aidosti ja kuinka tämä ilmeni. Vastaajat olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan tapaan kuunnella heitä. Haluttiin selvittää, millaiseksi vastaajat kokivat olonsa heräämössä. Yleisimmäksi vastaukseksi potilaat mainitsivat tunteneensa olonsa turvalliseksi heräämössä olon aikana. Hoitajien käyttäytyminen loi kiireetömän tunnelman, mikä näkyi vastauksissa niin, että potilaat kokivat saaneensa riittävästi aikaa hoitajilta.

”Minulta usein kysyttiin vointia ja hoitajilla oli aikaa kuunnella, myös vastaukseni. Puhuttiin myös muusta kuin sairaudestani, mikä piristi ja sai ajatukset pois kivusta.”

”... toivat kasvot lähemmäksi ja saattoivat ottaa olkapäästä kiinni.”

Kyselyssä haluttiin saada selville, mitkä asiat potilaiden mielestä heräämössä ollessa menivät hyvin. Vastauksista 12:ssa mainittiin (n=15), että kaikki oli mennyt yleisesti ottaen hyvin. Vastauksissa tuli myös esille, että hoitohenkilökunta oli ammattitaitoista ja että kokemus kivunlievityksen hoidosta oli onnistunut. Kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”Yleisesti ottaen kaikki”

”Kivunlievitys, tunne että apu lähellä”

”Hoitajat olivat hyvin läsnä, mutta eivät silti tunkeilleet tai häirinneet heräämistä”

Kyselylomakkeessa vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa yleisesti kokemuk-
sistaan heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Kaikki kysymykseen vastanneet olivat
tyytyväisiä heräämössä tapahtuvaan hoitoon (n=14). Hoitohenkilökunnan amma-
tilliseen osaamiseen potilaat olivat kiinnittäneet huomiota.

”Hoitajat ovat ihania ja huolehtiviaisia”

”Hoito oli erittäin hyvää ja huolellista”

*”Hoito oli hyvää, ystävällistä, tehokasta, kivunlievitys hyvä, tekevät
potilaan olon turvalliseksi”*

Vastaajilta kysyttiin, kokivatko he hoitohenkilökunnan käyttäytyneen heitä koh-
taan ystävällisesti. Vastaajista 16 koki (n=17), että hoitohenkilökunta käyttäytyi
ystävällisesti, yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä väittämäkohdassa. Yksi hen-
kilö jätti vastaamatta väittämään.

Väittämissä kysyttiin, oliko hoitohenkilökunta vastaajien mielestä tuntunut am-
mattitaitoiselta. Kaikki vastaajat (n=18) olivat yksimielisesti samaa mieltä siitä,
että hoitohenkilökunta tuntui ammattitaitoiselta.

Kyselyssä selvitettiin, joutuivatko potilaat odottamaan mielestään kauan hoitajan
saapumista kutsuttuaan häntä. Kymmenen vastaajan mielestä (n=14), he eivät
joutuneet odottamaan hoitajan saapumista ja yksi vastaaja oli osittain samaa miel-
tä. Vastaajista yksi koki, että hän oli joutunut odottamaan hoitajan saapumista
luokseen. Mielipidettään väittämään ei osannut sanoa kaksi vastaajaa sekä vas-
taamatta jättäneitä oli neljä.

Heräämön hoitohenkilökunnan määrään haluttiin saada mielipide myös vastaajil-
ta. Kyselyyn vastanneista 16 koki henkilökunnan määrän olevan riittävä (n=18), ja
yksi vastaajista oli osittain samaa mieltä. Vastanneista yksi ei osannut sanoa mie-
lipidettään väittämään.

Sairaala, jossa tutkimus suoritettiin, sijaitsee kaksikielisellä alueella, jolloin palve-
luja tulee saada omalla äidinkielellään suomeksi tai ruotsiksi. Kyselyssä kysyttiin

olivatko vastaajat saaneet heräämössä hoitoa omalla äidinkielellään. Kaikki vastaajat olivat yksimielisesti sitä mieltä, että he saivat hoitoa omalla äidinkielellään.

7.4 Heräämön hoitoympäristö potilaiden kokemana

Kyselyssä haluttiin saada selville, onko hoitoympäristö potilaan tarpeita vastaava. Lomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen sekä kolme väittämäkohtaa, jotka käsittelivät heräämön hoitoympäristöä.

Tutkimuksessa vastaajilta haluttiin saada selville, häiritsikö heitä jokin heräämön tiloihin liittyvä asia heidän siellä ollessaan. Heräämössä ei 12 vastaajan mielestä ollut häiriötekijöitä (n=15). Vastauksista kuitenkin ilmeni, että suojaverhojen käyttö ei ollut riittävää ja potilaita oli häirinnyt monitoreiden äänet.

”Monet äänet eri monitoreista”

”Vähän enemmän suojaverhoja kun tehdään toimenpiteitä ja vaatteita riisutaan”

”Näin naapurin monitoriin suoraan verhon läpi ja huolestutti hänen puolestaan kun laite hälytteli...”

Heräämön ympäristön rauhallisuutta ja miellyttävyyttä haluttiin kysyä väittämän avulla. Vastaajista 17 koki (n=18), että heräämössä oli rauhallinen ja miellyttävä ilmapiiri, sekä yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä. Kaikki vastaajat olivat kokeneet heräämössä oloajan turvalliseksi. Vastaajilta kysyttiin myös, kokivatko he heräämön ympäristön rauhattomaksi. Vastaajista 17 koki, että heräämössä oli rauhallinen ilmapiiri, mutta yhden vastaajan mielestä heräämössä oli rauhaton hoitoympäristö.

7.5 Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen heräämössä

Kyselylomakkeessa yhdessä avoimessa kysymyksessä sekä kymmenessä väittämäkohdassa arvioidaan sitä, kuinka hoitohenkilökunta huomio potilaan yksilölliset tarpeet heräämöhoidon aikana.

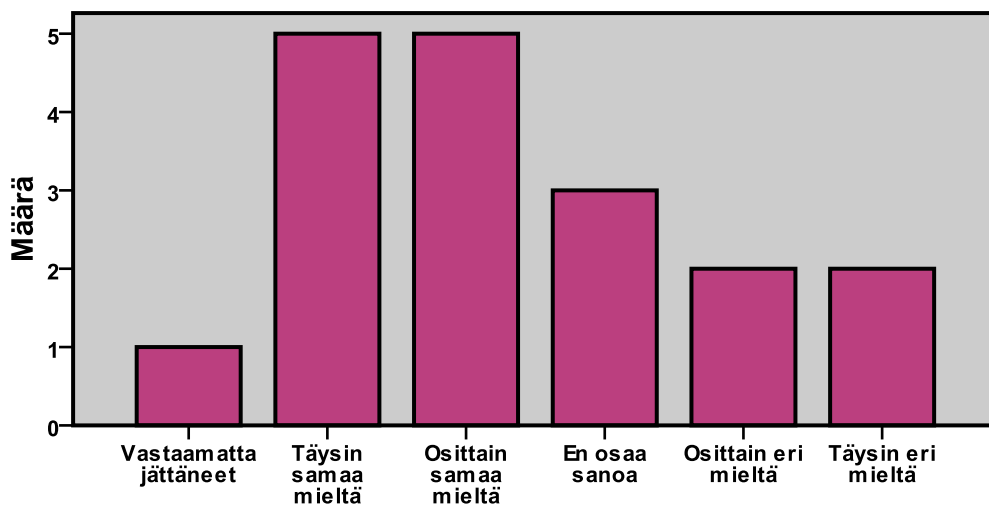
Kyselyssä haluttiin selvittää, millaiseksi vastaajat kokivat ensimmäisen nousemisen vuoteesta heräämössä. Vastaajista 13 oli noussut seisomaan jo heräämössä ollessaan (n=18). Kaikki, jotka olivat nousseet seisomaan, kokivat, että ylös nouseminen sujui hyvin. Osaa ylös nouseminen pelotti ja jännitti, mutta kuitenkin heille jäi positiivinen tunne ensimmäisestä vuoteesta ylös nousemisesta. Viisi vastaajaa ei ollut noussut seisomaan vielä heräämössä ollessa.

”Ei ollut paha tunne”

”Hieman pelotti, mutta hyvinhän se sitten meni”

”Onnistuneeksi, kaksi hoitajaa oli mukana tilanteessa ja kaikki sujui hyvin”

Kyselyssä haluttiin saada selville, kehotettiin potilaita itse seuraamaan vointiaan ja tuntemuksiaan heräämöhoidon aikana sekä kertomaan niistä hoitajalle. Viisi vastaajaa oli täysin samaa mieltä sekä viisi vastaajaa oli osittain samaa mieltä, että heitä oli kehotettu seuraamaan itse vointiaan (n=17). Kuitenkin vastauksista ilmeni, että osaa potilaista ei oltu kehotettu seuraamaan omaa vointia. (Kuva 3.)



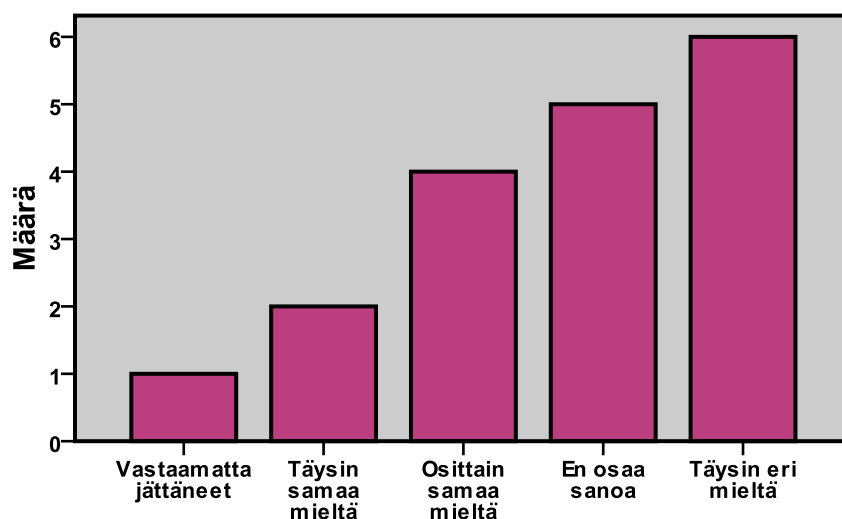
Kuva 3. Potilaita kehoitettiin itse seuraamaan vointiaan ja tuntemuksiaan.

Heräämöhoidon aikana vastanneista 13:lla ei ollut esiintynyt pahoinvointia heräämössä ollessaan (n=17) ja yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä. Väittämän avulla saatiin selville, että kaksi oli kokenut lievää pahoinvointia heräämössä ollessaan. Yksi vastaaja ei osannut sanoa mielipidettään ja yksi vastaaja jätti vastaamatta väittämään.

Pahoinvointilääkkeen riittävää antamista haluttiin saada selville väittämässä. Seitsemän vastanneista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävästi pahoinvointilääkettä heräämössä ollessaan ja kuusi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettä tähän väittämään (n=15). Kahden vastaajan mielestä he eivät saaneet riittävästi pahoinvointilääkettä. Kolme vastaajaa jätti vastaamatta väittämään.

Väittämän avulla saatiin selville, kokivatko vastaajat vilun tunnetta heräämössä. Vastaajista 11 ei ollut kokenut vilun tunnetta (n=18), mutta kolmella vastaajista oli ollut kylmä heräämöhoidon aikana. Vastaajista neljä ei osannut sanoa mielipidettään väittämään.

Heräämöhoidon aikana kuusi vastaajaa (n=17) ei ollut kokenut janon tunnetta heräämössä olon aikana. Vastaajista neljällä oli esiintynyt lievää janon tunnetta ja kahdella vastaajista oli ollut voimakasta janon tunnetta. (Kuva 4.)



Kuva 4. Potilaat kokivat janon tunnetta heräämöhoidon aikana

Vastaajilta haluttiin saada selville, oliko heidän mielestään kivunhoito ennaltaehkäisevää. Vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, että kivunhoito oli ennaltaehkäisevää heräämössä. Yksi vastaajista ei kokenut saavansa ennaltaehkäisevää kivunhoitoa (n=16). Kivunhoitoon liittyen vastaajilta kysyttiin, oliko kivunhoito heidän mielestään hyvää ja nopeaa. Yksi vastaajista koki, ettei kivunhoito ollut heräämössä hyvää ja nopeaa, kun taas pääasiassa muiden vastaajien mielestä kivun hoito onnistui erinomaisesti (n=17). Asentohoidon hyödyntämistä kivunhoidossa kysyttiin vastaajilta. Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä asentohoidon huomioimiseen kivunhoidon lievittämisessä. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään väittämään (n=16). Väittämällä haluttiin saada selville, käytettiinkö kipumittaria heräämössä kipua arvioitaessa. Viiden vastaajan kohdalla (n=16) kipumittaria ei käytetty laisinkaan. Kahden vastaajan kohdalla mittaria oli hyödynnetty kipua arvioitaessa. Vastanneista yhdeksän ei osannut sanoa, onko mittaria käytetty. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Kivunhoidon yhteenveto

| | Täysin samaa mieltä | Osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Osittain eri mieltä | Täysin eri mieltä | Vastamatta jättäneet |
|--|---------------------|-----------------------|---------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| Kivunhoito oli ennaltaehkäisevää (n=16) | 12 (67%) | 1 (5,5%) | 2 (11%) | 1 (5,5%) | 0 (0%) | 2 (11%) |
| Kivunhoito oli hyvää ja nopeaa (n=17) | 15 (83,5%) | 1 (5,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (5,5%) | 1 (5,5%) |
| Asentohoito huomioitiin kivunhoidossa (n=16) | 9 (50%) | 2 (11%) | 5 (28%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (11%) |
| Kivun voimakkuutta mitattiin kipumittarin avulla (n=16) | 2 (11%) | 0 (0%) | 9 (50%) | 0 (0%) | 5 (28%) | 2 (11%) |

Vastaajilta kysyttiin, kokivatko he vointinsa hyväksi, silloin kun heidät siirrettiin osastolle. Kaikki vastaajat olivat kokeneet vointinsa hyväksi. Vastaajista 13 oli täysin samaa mieltä siitä, että heidän vointinsa oli hyvä osastolle siirryttäessä ja osittain samaa mieltä oli viisi vastaajaa. (n=18)

7.6 Heräämön hoidon kokemuksia

Kyselyssä haluttiin saada selville, mitä potilaiden mielestä heräämössä tulisi kehittää. Vastauksissa kävi ilmi, että tämän hetken tilanteeseen ollaan tyytyväisiä (n=7). Yhdessä vastauksessa sanottiin, että suojaverhojen käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Suurin osa jätti vastaamatta kysymykseen.

Vastaajilla oli mahdollisuus antaa kouluarvosana (4-10) heräämön henkilökunnalle. Keskiarvoksi heräämö sai arvosanan 9½.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Vastauksista saatujen taustatietokysymyksien perusteella voidaan todeta, että lihavuusleikkauspotilaiden leikkauskriteerit toteutuvat iän, BMI:n ja liitännäissairauksien suhteen samalla lailla kuin kansainvälisellä tasolla on hyväksyttyä.

Tuloksista nousi esille, että hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomioita sivuverhojen käyttöön hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Vastaajat eivät olleet kokeneet sivuverhojen käytön olevan aina riittävää.

Tutkimuksen johtopäätöksinä voidaan todeta, että heräämön henkilökunta sai positiivista palautetta tavastaan työskennellä. Esiin nousi useasti, kuinka potilaat olivat kiinnittäneet huomioita henkilökunnan ammattitaitoiseen työskentelyyn. Hoitajat olivat olleet aidosti läsnä ja saaneet potilaan tuntemaan olonsa turvallisiksi heräämössä. Vastaajat olivat saaneet palvelua aina omalla äidinkielellään.

Suurimmassa osassa vastauksista käy ilmi, että heräämön hoitoympäristöä pidettiin rauhallisena. Kuitenkin yksi vastaaja koki, että heräämö oli ollut rauhaton. Hoitajat osaavat luoda rauhallisen ilmapiirin heräämööseen omalla käyttäytymisellään, mutta kaikkea taustahälinää ei koskaan voi poistaa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilaat eivät olleet saaneet riittävää ohjausta siitä, miten heitä tullaan hoitamaan heräämössä. Potilaita ei myöskään ollut muistutettu oman voinnin tarkkailusta.

Yksilöllisistä tarpeista: kivusta, pahoinvoinnista, janosta ja vilun ehkäisemisestä huolehditaan heräämössä kokonaisvaltaisesti hyvin. Vastauksista kuitenkin ilmeni, että osa-alueissa oli vielä hiukan kehitettävää. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota potilaan fyysisten tarpeiden huomioimiseen. Kipua arvioitaessa kipumittarin käyttö oli vähäistä heräämössä.

Potilaat kokivat ensimmäisen vuoteesta nousemisen pelottavaksi ja jännittäväksi heräämössä. Hoitajat olivat pystyneet tukemaan potilasta hyvin sekä henkisesti että fyysisesti suorituksen ajan, koska potilaille oli jäänyt positiivinen kuva tapah-
tumasta.

Potilaat olivat kokeneet vointinsa hyväksi kirurgiselle vuodeosastolle siirryttäessä. Tämä osoittaa sen, että hoitajat osaavat arvioida potilaan voinnin riittäväksi hänen siirtyessä kirurgiselle vuodeosastolle.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten lihavuusleikkauspotilaat kokivat heräämön hoitotyön. Saadulla tutkimustiedolla on tarkoitus kehittää heräämön hoitotyötä lihavuusleikkauspotilaiden hoidossa. Tutkimuksessa kiinnitettiin erityisesti huomiota intymiteettisuojan toteutumiseen, potilaan kohteluun heräämössä, hoitoympäristöön ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen.

9.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Vastaajien ikä vaihteli 20 ikävuodesta ylöspäin, ja eniten leikkauksia tehtiin 41-60 -vuotiaille. Vastauksista ilmeni, että yksi potilaista oli yli 60 vuotta. Olisi ollut mielenkiintoista tietää, kuinka vanha vastaaja tarkalleen oli, koska aikaisemmin tutkitun tiedon mukaan leikkaukset onnistuvat parhaiten potilaiden ollessa 20-60 vuotta (Pääkkönen 2008,14).

Tulosten mukaan lihavuuden liitännäissairauksista eniten esiintyi verenpainetautia ja diabetesta. Kaakisen (2009) mukaan leikkauksen avulla sekä verenpainetauti, että diabetes on parantunut joko kokonaan tai osittain, ja sairastumisriski diabetekseen vähenee leikkauksen jälkeen. Olisi mielenkiintoista tietää, saavatko nämä potilaat samanlaisia tuloksia diabeteksen ja verenpainetaudin suhteen leikkauksen jälkeen.

Osa vastaajista oli kokenut, että heille ei ollut kerrottu heräämössä tapahtuvasta hoidosta, ja osaa ei myöskään ollut kehoitettu seuraamaan itse vointiaan heräämöhoidon aikana. Potilaille olisi tärkeää, että heille kerrottaisiin koko ajan, mitä tullessaan seuraavaksi tekemään. Tieto siitä, mitä seuraavaksi tehdään, luo potilaalle enemmän turvallisuuden tunnetta. Kommunikointi potilaan kanssa on erityisen tärkeää hoidon onnistumisen vuoksi.

Sivuverhojen käyttöön potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä. Kuitenkin vastauksista ilmeni, että joidenkin mielestä sivuverhojen käyttöön tulisi kiinnittää parempaa huomiota. Strukturoitujen väittämien ja avoimien kysymysten tulokset ovat ristiriidassa toisiinsa nähden. Strukturoidussa väittämäkohdassa vastaajat olivat antaneet vain positiivisia vastauksia liittyen sivuverhojen käyttöön, mutta

toisaalta kaksi vastaaja oli jättänyt täysin vastaamatta väittämään. Ehkä kaikki vastaajat eivät olleet ymmärtäneet väittämää täysin oikein, minkä vuoksi ristiriitaa löytyy vastauksien väliltä. Avoimista kysymyksistä käy ilmi, että sivuverhojen käytössä oli puutetta. Heräämön työntekijöiden tulisi kiinnittää enemmän huomiota sivuverhojen käyttöön, jotta potilaat kokisivat yksityisyyden säilymisen. Rosqvistien (1999, 62) tutkimuksessa on ilmennyt, että potilaat ovat kokeneet loukkaavaksi sen, että sivuverhojen käyttö on ollut puutteellista hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Rosqvistien sekä nyt saaduista tutkimustuloksista ilmenee, että vastaukset olivat hyvin samankaltaisia.

Tulosten mukaan potilaan kohtelu heräämössä on kiitettävää. Hoitajat tekivät potilaan olon turvallisesti ammattitaitoisella käyttäytymisellään ja aidolla läsnäolollaan. Hoitajat kuuntelivat, mitä potilaalla oli sanottavaa, ja loivat kiireettömän ilmapiirin. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa, joka oli suoritettu Oulun yliopistollisessa sairaalassa, saatiin vastaavanlainen tulos koskien turvallisuuden tunnetta heräämössä (Loponen ym. 1999, 14).

Tarkasteltaessa heräämön hoitoympäristöä nousee tuloksissa esille, että monitorien äänet koettiin häiritseväksi tekijäksi heräämisvaiheessa. Samoin osassa vastauksista ilmeni, että hoitajat olivat käyttäneet ääntään liian voimakkaasti puhutlessaan potilasta nimellä. Aikaisemmin tehdyssä tutkimuksessa on käynyt ilmi, että potilaat kokivat häiritseväksi tekijäksi toisen potilaan hoitamisesta syntyvät äänet (Rosqvist & Rosqvist 1999, 67). Loposen ym. (1999, 14–15) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat olivat kokeneet heräämön hoitoympäristön meluisaksi. Edellä mainituista tutkimuksista sekä nyt saaduista tutkimustuloksista ilmenee yhteneväisyyksiä äänen voimakkuuden ja meluisuuden suhteen. Tämä saattaa johtua siitä, että kuuloaisti palautuu ensimmäisenä, kun potilas alkaa herätä nukutuksesta, minkä vuoksi heräämössä kuuluvat äänet saatetaan aistia voimakkaammaksi kuin ne ovatkaan. Potilasturvallisuuden vuoksi ei ole mahdollista hiljentää monitoreiden ääniä. Hoitajalla voi olla heräämössä tarkkailtavana useampi potilas samanaikaisesti, joten monitoreiden hälytysäänet ovat avuksi hoitotyön toteutuksessa. Osalle potilaista oli jäänyt negatiivinen kokemus monitoreiden äänistä heräämössä. Tämän vuoksi on tärkeää, että hoitajat kertovat potilaalle mistä äänet syn-

tyvät. Tämä edesauttaa sitä, että potilaille jäisi parempi kokemus heräämössä oloajasta. Hoitajat voivat kuitenkin itse vaikuttaa oman äänen käyttöön. Heräämössä täytyy muistaa rauhallinen käyttäytyminen, koska potilaiden täytyy saada rauhasa toipua leikkauksesta.

Tutkimuksessa yksilöllisillä tarpeilla tarkoitetaan pahoinvoinnin ja kivun hoitoa sekä vilun ja janon tunteen huomioon ottamista. Saaduista tutkimustuloksista käy ilmi, että yksilöllisistä tarpeista huolehditaan heräämössä kokonaisvaltaisesti hyvin. Kuitenkin muutama vastaaja olisi kaivannut enemmän huomioita jollain edellä mainituista fyysisistä osa-alueista.

Tulosten mukaan osalla vastaajista oli pahoinvoinnin tunnetta heräämössä ollessaan. Lukkarin ym. (2007, 375) mukaan pahoinvointi on hyvin normaalia vatsan ja suolistotalueelle kohdistuvien leikkausten jälkeen. Pahoinvointia tulee hoitaa ennalta ehkäisevästi. Hoitajan täytyy muistaa kysyä potilaalta, onko hänellä pahoinvointia.

Osa vastaajista oli kokenut vilun tunnetta heräämössä ollessaan. Potilaan lämpötilapainon ylläpitämisessä voidaan käyttää esimerkiksi lämpöpeittoja ja lämmitettyjä infuusionesteitä (Lukkari ym. 2007, 367). Hypotermia pitkittää potilaan heräämössä oloaika (Lukkarinen & Virsiheimo 2006, 19). Hoitajan tulee tarkkailla potilaan kehonlämpöä ja myös kysyä potilaalta itseltään, kokeeko hän olonsa viiluiseksi.

Leikkauksen jälkeen potilailla esiintyy hyvin usein janon tunnetta (Lukkari ym. 2007, 367). Saaduista tutkimustuloksista käy myös ilmi, että osa potilaista oli kokenut heräämöhoidon aikana janoa. Edellytys sille, että lihavuusleikkauspotilaat saisivat juoda heräämössä, on se, että he pystyvät aloittamaan mobilisoinnin jo siellä ollessaan (Victorzon ym. 2010). Hoitajien on hyvä kertoa tämä potilaalle, sillä mahdollisesti motivaatio mobilisoinnin aloittamiseen on potilaalle tällöin parempi. Potilaat, jotka olivat kokeneet janon tunnetta, eivät olleet mahdollisesti pystyneet aloittamaan mobilisointia heräämössä. Hoitajat voivat kostuttaa potilaan suuta, jos potilas on janoinen eikä hän saa juoda.

Yleisesti ottaen tuloksista ilmeni, että kivunhoito oli ennalta ehkäisevää, hyvää ja tehokasta. Oulun yliopistollisessa sairaalassa keskus-leikkausosaston heräämöissä on aikaisemmin suoritettu tyytyväisyyskysely, jossa ilmeni, että potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon (Loponen ym. 1999, 14). Tulosten mukaan voidaan todeta, että kivunhoitoa osataan toteuttaa yleensä hyvin leikkauksen jälkeen. Kuitenkin täytyy muistaa, että kivunhoito on yksilöllistä ja jokainen potilas kokee kivun eri tavalla. Hoitajien toteuttaessa anestesia lääkäri määräämiä ohjeita kivunhoidon suhteen heidän täytyy myös tarkkailla, onko kivunhoito onnistunut. Kipulääkkeen annon jälkeen tulee selvittää, auttoiko kipulääke vai onko potilas edelleen kipeä. Kipua arvioitaessa vain kahdella potilaalla oli käytetty kipumittaria heräämössä ollessa. Kun kipumittaria käytettäisiin jokaisen potilaan kohdalla säännöllisesti, pystyttäisiin paremmin ennaltaehkäisemään potilaan kiputiloja. Asentohoitoa voidaan käyttää myös kivunhoidon apukeinona (Lukkari ym. 2007, 371). Saadut tutkimustulokset olivat jakautuneet puolesta ja vastaan, ja osa vastaajista ei osannut vastata asentohoitoa koskevaan väittämään mitään. Tämä saattaa johtua siitä, että vastaajat eivät olleet ymmärtäneet mitä asentohoidolla tarkoitetaan tai heillä ei ollut kipuja, niin että he olisivat ymmärtäneet asentohoidon ehkäisevän kiputilaa.

Mobilisointi pyritään aloittamaan jo heräämössä oltaessa, koska varhain aloitettu mobilisointi nopeuttaa leikkauksesta toipumista (Victorzon ym. 2010). Tuloksista ilmenee, että suurin osa potilaista oli noussut seisomaan heräämössä ollessaan. Tämä osoittaa, että heräämössä todella panostetaan potilaiden varhain aloitettuun kuntoutumiseen. Osa potilaista oli kokenut ensimmäisen vuoteesta nousemisen pelottavaksi ja jännittäväksi, mutta hoitajat olivat pystyneet hyvin tukemaan potilasta sekä henkisesti että fyysisesti suorituksen ajan. Viisi vastaajista ei ollut noussut seisomaan vielä heräämössä ollessaan. Oletetaan, että heidän fyysinen kuntonsa ei ole ollut vielä riittävä mobilisoinnin aloittamiseen heräämössä.

Kokkosen (2005, 21) tutkimuksessa käsiteltiin leikkauspotilaan siirtoa heräämästä vuodeosastolle. Tutkimuksesta ilmeni, että 96%:ssa sairaaloista ei ole käytössä leikkauspotilaan siirtokriteerejä. Vastaajista 72%:a ilmoitti, että anestesia lääkäri päättää potilaan siirrosta vuodeosastolle ja sairaanhoitaja 28%:ssa tapauksista. Nyt

tehty kysely oli tarkoitettu lihavuusleikkauspotilaille, joten ei ollut mahdollista saada tietää kuka siirtomääräyksen vuodeosastolle oli antanut. Saaduista tutkimustuloksista kuitenkin ilmenee, että potilaat olivat kokeneet vointinsa hyväksi vuodeosastolle siirtyessä. Siirtomääräyksen antaja, on osannut arvioida potilaan vointin vakaaksi, koska vastaajat olivat kokeneet vointinsa hyväksi siirto hetkellä.

Vastaajille annettiin mahdollisuus antaa kouluarvosanoin numero heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Keskiarvoksi heräämö sai potilailta 9 ½. Keskiarvo on erittäin hyvä ja tyytyväisyys hoitoon näkyy myös saaduista vastauksista. Kuitenkin täytyy muistaa, että hoitotyötä ja heräämön ympäristöä on aina mahdollista kehittää.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus tutkia. Reliabiliteetti puolestaan mittaa tulosten pysyvyyttä, ja sen tarkoituksena on tuottaa ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Kyselylomakkeen kysymyksiä lähdettiin rakentamaan tutkimusongelmien pohjalta. Jokaiseen tutkimusongelmaan haluttiin saada kysymyksiä tai väittämiä, joihin potilaat vastaavat. Vastauksien perusteella pystyttiin analysoimaan potilaiden kokemuksiaan heräämössä tapahtuvasta hoidosta. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus kertoa kehitysehdotuksensa heräämölle.

Kyselylomakkeen validiteettia paransi se, että lomakkeet esiteltiin viidellä henkilöllä ja kyselylomake lähetettiin heräämölle, jolle tutkimus suoritettiin. Esitetauksen jälkeen muutamia kysymyksiä muokattiin selkeämpään muotoon, jotta välttyttäisiin väärinkäsityksiltä. Heräämöltä ei saatu kehitysehdotuksia kyselylomakkeen suhteen.

Tavoitteena oli saada 20 vastausta. Vastauksia saatiin 18 kappaletta jolloin vastausprosentiksi tuli 90 %. Saatujen vastauksien määrään oltiin tyytyväisiä, mutta vastaukset olivat sisällöllisesti niukkoja. Jos tutkimus olisi saatu toteuttaa haastat-

telemalla potilaita, vastaukset olisivat saattaneet olla paljon monipuolisempia. Vastaajan on helpompi jättää vastaamatta johonkin kyselylomakkeen kohtaan, kuin taas haastattelutilanteessa oletettavasti saataisiin aina jonkinlainen vastaus kuhunkin kysymykseen. Haastattelutekniikalla vastaajien määrä olisi ollut pienempi, koska tällöin kyselylomake olisi sisältänyt vain avoimia kysymyksiä..

Avointen kysymysten vastaukset olivat hyvin niukkoja, vaikka kysymykset oli muotoiltu siten, ettei niihin pystyisi vastaamaan vain ”kyllä” tai ”ei”. Avoimiin kysymyksiin oli jätetty myös paljon vastaamatta. Strukturoitujen väittämien ja joidenkin avoimien kysymysten vastauksien välillä esiintyi ristiriitaisuutta. Vastaajat ovat voineet ymmärtää väärin kysymyksen, minkä vuoksi he ovat saattaneet jättää vastaamatta. Vastaaminen kyselyyn tapahtui suunnitellusti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Tämän vuoksi potilaat ovat saattaneet olla vielä väsyneitä tehdystä leikkauksesta eivätkä täten ole jaksaneet keskittyä kunnolla vastaamiseen. Nämä seikat heikentävät tutkimuksen luotettavuutta.

Analysoitaessa tutkimustuloksia huomattiin, että kyselylomakkeessa olisi ollut vielä kehitettävää. Yksi väittämä ja muutamia kysymyksiä olisi jätetty pois, koska niissä kysytään samaa asiaa, mutta vain eri tavalla. Intimiteettiä koskevia kysymyksiä olisi mielestämme voinut olla enemmän, sillä se oli yksi tutkimusongelmista. Kuitenkin muutaman avoimen kysymyksen vastauksen perusteella saatiin hyviä vastauksia koskien intimiteettisuoja. Kyselylomakkeessa olisi voitu kysyä, mikä leikkausmuoto potilaalle tehtiin. Olisi ollut mielenkiintoista vertailla, onko näiden potilasryhmien heräämökokemuksilla eroavaisuuksia.

Kyselylomakkeessa oli annettu valmiiksi ikäjakaumat, joista vastaaja pystyi valitsemaan siitä oman ikäryhmänsä. Jotta tutkimus tulos olisi ollut vielä tarkempi, kysymys olisi muutettu avoimeksi kysymykseksi. Siten olisi saatu tarkka ikäjakama siitä, minkä ikäisiä vastaajat tarkalleen olivat. Tällöin olisi voinut laskea myös keskiarvon lihavuusleikkauspotilaiden iästä.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

Ehdotamme jatkotutkimusaiheeksi heräämööön suunnattua tarkistuslistaa. Tarkistuslista sisältää asioita, joita hoitajien tulee käydä läpi jokaisen potilaan kohdalla. Tarkistuslista sisältää kysymyksiä koskien potilaan yksilöllisiä tarpeita, kuten kipua, pahoinvointia, janoa ja vilun tunne. Tarkistuslistassa on hyvä olla myös asiat, joita hoitaja tarkkailee, esimerkiksi haavan seuranta sekä virtsan erityy. Tarkistuslista on hyvä työväline hoitajille, jotta kaikki osa-alueet tulisivat huomioiduiksi potilaan hoitotyössä. Tarkistuslistaa voi käyttää myös apuna uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Jatkotutkimusaiheena olisi myös mielenkiintoista tutkia, millaisia tuloksia lihavuusleikkauspotaat ovat saaneet leikkauksen myötä. Tutkimus käsittelisi, onko tapahtunut muutoksia liitännäissairauksissa ja onko painonpudotus ja sen ylläpitäminen onnistunut leikkauksen jälkeen. Tutkimus sisältäisi myös, millaisia elämänmuutoksia leikkaus on tuonut leikkauksessa olleelle.

LÄHTEET

Airola, Outi. 2008. Lihavuuleikkaukset yleistyvät Suomessa. MTV3, julkaistu 21.9.2008. [Viitattu 16.8.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/arkistot/kotimaa/2008/09/718514>>

Collan, Ritva & Vänskä, Katja, 2008. Laihdutusleikkaukset KYS:ssa. Spirium. Vol 43, nro 4, 18-20.

Cooper Bronwyn, 2009. Update on Best Practice Recommendations for Anesthetic Perioperative Care and Pain Management in Weight Loss Surgery, 2004-2007. Obesity a research journal. [Viitattu 19.8.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.nature.com/oby/journal/v17/n5/full/oby2008569a.html>>

Gylling Helena, Ikonen Tuija S, Koivukangas Vesa, Kumpulainen Tuija & Mikael Victorzon. 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito - kirurgisten hoitojen kuvaus ja nykykäytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 16/2009. [Viitattu 8.3.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/739965e6-bf7f-4d48-9d29-31b2275c9976>>

Hekkala Niina & Alahuhtala Seppo, 2006. Korkea painoindeksi ja anestesia. Finnanest, Vol 39, nro 4.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula, 2009. Tutki ja kirjoita. 15 p. Hämeenlinna. Tammi.

Jalonen Jouko, Lindgren Leena & Aromaa Ulla, 2006. Anestesiologia ja tehohoitotyö. Duodecim. 1p. Helsinki. Gummerus.

Kaakinen Kari, 2009. Kirurgi Mikael Victorzon: Laihdutusleikkaus tehoaa myös diabetekseen. Pohjalainen. 9.5.2009. [Viitattu 24.9.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.pohjalainen.fi/teemat/urheiluteemat/article.jsp?p=264&article=418147&Title=Kirurgi+Mikael+Victorzon:+Laihdutusleikkaus+tehoaa+my%C3%B6s+diabetekseen>>

Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri, 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1p. Porvoo. WSOY.

Kokkonen, Maaria 2005. Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kumpulainen Tuija, Anttila Heidi, Mustajoki Pertti, Victorzon Mikael, Saari Samuli, Malmivaara Antti & Ikonen Tuija, 2009. Sairaalloisen lihavien leikkaushoidon järjestäminen Suomessa. Duodecim. [Viitattu 16.6.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.digipaper.fi/duodecim/35235/>>

Käkelä K. 2010. LEIKO – leikkaukseen kotoa. Vaasan keskussairaala, preoperatiivinen poliklinikka, päivitetty 22.6.2010. [Viitattu 16.8.2010] Saatavilla www-muodossa:

<URL:http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_menuleikkaus.aspx?id=1144247>

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>

Loponen Leena, Matero Merja & Seljänperä Arto, 1999. Potilaiden mielipiteitä heräämöhoidosta: Melu ja ahtaus haittaavat. Spirium. Vol 34, nro 2, 14-15.

Lukkari Liisa, Kinnunen Timo & Korte Ritva, 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1p. Porvoo. WSOY.

Lukkarinen Hannele & Virsiheimo Tuula, 2006. Kliinisenä asiantuntijana suositusryhmässä. Sairaanhoitaja. Vol 79, nro 12.

McGlinch BP, Que FG, Nelson JL, Wroblewski DM, Grant JE & Collazo-Clavell ML. 2006. Perioperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Mayo Clin Proc. [Viitattu 9.6.2010] Saatavilla www-muodossa:

<URL:<http://www.nature.com/oby/journal/v17/n5/full/oby2008579a.html#bib11>>

Mäkelä Anja, Ruokonen Taina & Tuomikoski Marjatta, 2001. Hoitosuhdetyös-kentely. Vantaa. Tammi

Pääkkönen Matti, 2008. Laihdutusleikkaukset KYS:ssa. Spirium. Vol 43, nro 4, 14.

Rosqvist Eerika & Rosqvist Jaakko, 1999. Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen sairaalassa -säilyykö yksityisyys? Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ruohoaho Ulla-Maija, 2008. Laihdutusleikkaukset KYS:ssa. Spirium. Vol 43, nro 4, 17-18.

Salanterä Sanna & Heikkinen Katja, 2006. Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvän kivunhoitotyön suositukset. Sairaanhoitaja. Vol 79, nro 12.

Sundkvist, E. 2008. Sinulle joka olet tulossa laihdutusleikkaukseen. Vaasan keskussairaala potilasohjeet. Päivitetty 27.11.2008. [Viitattu 9.6.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:)

<URL:http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_listaus.aspx?id=1073911>

Toivainen, K. 2010. Lihavuusleikkaus (Gastric banding). Vaasan keskussairaalan potilasohjeet. Päivitetty 26.7.2010. [Viitattu 18.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:)

<URL:http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_listaus.aspx?id=1032338>

Tuhkanen Marja-Leena, 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. Sairaanhoitaja. Vol 79 nro 3, 20-22.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli, 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1.-4.p. Jyväskylä. Gummerrus.

Victorzon Mikael, Lahti Kaj & Knutar Otto, 2010. Lihavuusleikkauspotilaan hoidotietä. Vaasan sairaanhoitopiiri.

Uniapnea. Hengitysliitto. [Viitattu 16.6.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:
<http://www.heli.fi/default.asp?docId=43292>>

Kyselylomake

lihavuusleikkauspotilaiden kokemuksista heräämön hoitotyöstä

1. Sukupuoli: 1. Mies _____ 2. Nainen _____

2. Ikä: 1. 20-30v. _____ 2. 31-40v. _____
 3. 41-50v. _____ 4. 51-60v. _____
 5. >60v. _____

3. Painoindeksi ennen leikkausta:

1. <35 _____ 2. 35-40 _____
3. 41-45 _____ 4. 46-50 _____
5. 51-55 _____ 6. >55 _____

4. Onko teille diagnosoitu lihavuuden liitännäissairauksia? Jos on, mitä?

5. Koitteko saavanne riittävästi tietoa siitä, miten teitä tullaan hoitamaan heräämössä? Millaista tietoa saitte heräämössä tapahtuvasta hoidosta?

6. Valitkaa seuraavista parhaiten sopiva vaihtoehto

| | 1 Täysin samaa mieltä | 2 Osittain samaa mieltä | 3 En osaa sanoa | 4 Osittain eri mieltä | 5 Täysin eri mieltä |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Sivuverhoja käytettiin riittävästi tuomaan yksityisyyden tunnetta | | | | | |
| 2. Hoitajat puhuttelivat Teitä kovaan ääneen nimellänne | | | | | |
| 3. Hoitohenkilökunta käyttäytyi ystävällisesti Teitä kohtaan | | | | | |
| 4. Teitä kehoitettiin itse seuraamaan vointia ja tuntemuksia ja kertomaan niistä hoitajalle | | | | | |
| 5. Hoitohenkilökunta tuntui ammattitaitoiselta | | | | | |
| 6. Kun kutsuite hoitajaa, jouduitte odottamaan kauan hänen saapumistaan | | | | | |
| 7. Henkilökuntaa oli riittävästi | | | | | |
| 8. Saitte hoitoa omalla äidinkielellänne | | | | | |
| 9. Heräämössä oli rauhallinen/miellyttävä ilmapiiri | | | | | |
| 10. Tunsitte olonne turvalliseksi heräämössä | | | | | |
| 11. Heräämö tuntui rauhattomalta | | | | | |
| 12. Kivunhoito oli ennaltaehkäisevää | | | | | |
| 13. Kivunhoito oli hyvää ja nopeaa | | | | | |
| 14. Asentohoito huomioitiin kivunhoidossa | | | | | |
| 15. Kivun voimakkuutta mitattiin kipumittarin avulla | | | | | |
| 16. Heräämössä ollessanne Teillä oli pahoinvointia | | | | | |
| 17. Pahoinvointilääkettä annettiin riittävästi | | | | | |
| 18. Teillä oli vilun tunnetta heräämöhoidon aikana | | | | | |
| 19. Koitte janon tunnetta heräämöhoidon aikana | | | | | |
| 20. Vointinne oli hyvä osastolle siirtyessä | | | | | |

7. Koittako, että hoitohenkilökunta kuunteli Teitä aidosti? Miten se ilmeni?

8. Häiritsikö teitä jokin heräämön tiloihin liittyvä asia Teidän siellä ollessanne?

9. Mitkä asiat heräämössä meni mielestänne hyvin?

10. Millaiseksi tunsitte olonne heräämössä?

11. Miten koitte ensimmäisen nousemisen vuoteesta leikkauksen jälkeen heräämössä?

12. Miten heräämön toimintaa voisi mielestänne kehittää?

13. Mitä muuta haluaisitte sanoa heräämössä saamastanne hoidosta?

14. Minkä kouluarvosanan antaisit heräämön henkilökunnalle (4-10): _____

Sydämelliset kiitokset kyselyyn osallistumisesta!

Frågeformulär

Erfarenheter på uppvakningsavdelningen efter en fetmaoperation

1. Kön: 1. Man_____ 2. Kvinna_____

2. Ålder: 1. 20-30år_____ 2. 31-40år_____

3. 41-50år_____ 4. 51-69år_____

5. >60år

3. Viktindex före operationen:

1. <35_____ 2. 35-40_____

3. 41-45_____ 4. 46-50_____

5. 51-55_____ 6. >55_____

4. Har man diagnostiserat/ Har det diagnostiserats någon annan sjukdom som har ett samband med fetma? vilken / vilka?

5. Fick Ni tillräckligt med information om hur Ni kommer att vårdas på uppvakningsavdelningen? Vilken information fick Ni?

6. Välj det alternativ, som passar bäst

| | 1 Helt av samma åsikt | 2 Delvis av samma åsikt | 3 Vet inte | 4 Delvis av annan åsikt | 5 Helt av annan åsikt |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Det fanns gardiner för att skydda varje patients intimitet. | | | | | |
| 2. Vårdarna tilltalade Er på namnet med hög röst. | | | | | |
| 3. Vårdpersonalen var vänlig mot Er. | | | | | |
| 4. Vårdpersonalen bad Er att själv känna efter hur Ni mår och berätta till personalen. | | | | | |
| 5. Ni tyckte att vårdpersonalen verkade veta vad de gjorde och var professionella. | | | | | |
| 6. Ni fick vänta länge på en sköterska när Ni ringde på alarmklocka och hade något ärende. | | | | | |
| 7. Det fanns tillräckligt med personal. | | | | | |
| 8. Ni fick vård på Ert modersmål. | | | | | |
| 9. Det var en lugn och behaglig atmosfär på uppvakningsavdelningen. | | | | | |
| 10. Ni kände Er trygg på uppvakningsavdelningen. | | | | | |
| 11. Atmosfären på uppvakningsavdelningen var orolig. | | | | | |
| 12. Smärtlindringen var förebyggande. | | | | | |
| 13. Smärtlindringen fungerade bra och snabbt. | | | | | |
| 14. Lägesbehandlingen var en del av smärtlindringen. | | | | | |
| 15. Smärtans styrka mättes med en smärtermätare. | | | | | |
| 16. Ni mådde illa på uppvakningsavdelningen. | | | | | |
| 17. Ni fick tillräckligt med läkemedel mot illamående. | | | | | |
| 18. Ni kände frossa och frös under vården på uppvakningsavdelningen. | | | | | |
| 19. Ni var törstig på uppvakningsavdelningen | | | | | |
| 20. Ert mående var bra vid förflyttningen till avdelning. | | | | | |

7. Var vårdpersonalen genuint intresserad av Er och lyssnade på Er? Hur yttrade det sig?

8. Var det någonting på uppvakningsavdelningen som störde Er?

9. Vilka saker fungerade bra på uppvakningsavdelningen?

10. Hur mådde Ni på uppvakningsavdelningen?

11. Hur kändes det att stiga upp ur sängen första gången efter operationen?

12. Hur skulle man kunna utveckla verksamheten på uppvakningsavdelningen?

13. Andra kommentarer?

14. Vilket vitsord skulle Ni ge åt personalen på uppvakningsavdelningen (4-10):_____

Tack för att Ni tog del i undersökningen och svarade på frågor!

Arvoisa Vastaaja

Olemme Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan sairaanhoitaja opiskelijoita. Valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2010.

██████ keskussairaalan heräämö on pyytänyt meitä tekemään opinnäytetyön aiheesta: lihavuusleikkauspotilaiden kokemukset heräämöhoidosta. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia lihavuusleikatuilla potilailla on heräämöhoidosta. Tutkimuksen avulla heräämön henkilökunta pystyy kehittämään siellä toteutettavaa hoitotyötä eteenpäin.

Toivomme, että olisitte kiinnostuneita jakamaan kokemuksenne heräämössä tapahtuneesta hoidosta. Jokainen vastaus on meille tärkeä.

Vastauksenne voitte jättää osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyys tule esille. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista. Halutessanne voitte ottaa meihin yhteyttä, annamme tarvittaessa mielellämme lisätietoa.

Ystävällisin terveisin

Sanna Palomäki xxxx

Sonja Sampo xxxx

Ohjaaja

Lehtori Pirjo Peltomäki xxxx

Vaasan ammattikorkeakoulu

Bästa Klient

Vi är två sjuksköterskestuderanden som studerar vid Vasa yrkeshögskola. Vi kommer att avlägga sjuksköterskeexamen i december 2010.

Vi har fått en uppgift av uppvakningsavdelningen i [REDACTED] centralsjukhus att skriva om och forska de erfarenheter som patienter, som har genomgått en fetmaoperation, har. Med hjälp av undersökningen kan man utveckla vården i uppvakningsavdelningen.

Vi hoppas att Ni är intresserade av att dela med Er av Era erfarenheter. Varje svar är jätte viktigt för oss.

Svaren kan Ni lämna i en låda, som finns på avdelningen. Svaren behandlas anonymt och konfidentiell. Informanternas identitet kan inte identifieras. Det är frivilligt att delta i undersökningen. Om Ni vill ha ytterligare information, kan Ni kontakta oss och vi berättar gärna mera om undersökningen.

Vänliga hälsningar

Sanna Palomäki xxxx

Sonja Sampo xxxx

Handledare

Lektor Pirjo Peltomäki xxxx

Vasa yrkeshögskola